

ANGELUS SEGUROS

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE PESSOAS COLETIVO - VIDA

Mirador Atuarial

Outubro de 2017

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS COLETIVO – VIDA

Estas Condições aplicam-se a todas as Garantias contratadas pelo Estipulante, Sub-estipulante e/ou Segurado, dentro da apólice.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

O Estipulante, Sub Estipulante e/ou Segurado poderão consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Recomendamos a leitura destas Condições Gerais, especialmente no que se refere a RISCOS EXCLUÍDOS do seguro.

1. CARACTERÍSTICAS

1.1 A **Angelus Seguros S.A.**, doravante denominada Seguradora, é quem institui o Seguro de Pessoas Coletivo - Vida, descrito nestas Condições Gerais.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) Cobertura(s) contratada(s), exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais Disposições Contratuais.

3. DEFINIÇÕES

3.1 Acidente Pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

3.1.1 Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 3.1.

3.2 Apólice: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da(s) Cobertura(s) contratada(s) pelo Estipulante.

3.3 Apólice Coletiva: é o instrumento do Contrato celebrado entre Estipulante e Seguradora, que possibilita adesão ao seguro, dos componentes do Grupo Segurável, que mantenham com o Estipulante um Vínculo anterior ao seguro.

3.4 Âmbito Geográfico de cobertura: é a delimitação física da(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo seguro.

3.5 Beneficiário(s): é(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores de Indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto. Para uma pessoa jurídica figurar na condição de beneficiário.

3.6 Capital Segurado: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a(s) Cobertura(s) contratada(s), em caso de ocorrência de Evento Coberto, vigente na data do evento. Nenhuma Indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

3.7 Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) Cobertura(s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento do Prêmio. A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as Coberturas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência.

3.8 Certificado Individual do Seguro: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente e da renovação do seguro;

3.9 Cobertura: É a designação genérica dos riscos assumidos pelo Segurador.

3.10 Condições Gerais: é o documento que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como define as características gerais do seguro.

3.11 Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

3.12 Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades de determinada contratação de plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, do Segurado e do(s) Beneficiário(s).

3.13 Disposições Contratuais: é o conjunto de condições que regem a contratação.

3.14 Doença: e o evento decorrente da perturbação das condições de saúde do segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, **não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.**

3.15 Doenças Preexistentes: doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.

3.16 Estipulante: é a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação dos Segurados, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

3.17 Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído na(s) Cobertura(s) contratadas, ocorrido durante sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou do(s) Beneficiário(s).

3.18 Franquia: é o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.

3.19. Garantias: é(são) a(s) designação(ões) utilizada(s) para definir as responsabilidades.

3.20 Grupo Segurado: é aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no seguro.

3.21 Grupo Segurável: é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm Vínculo com o Estipulante que podem aderir ou serem incluídas no seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

3.22 Indenização: é o valor devido pela Seguradora ao Segurado, ao Segurado Dependente ou ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência de um Evento Coberto. A Indenização está limitada ao Capital Segurado individual contratado para cada uma das Coberturas.

3.23 Prêmio: é o valor que o Segurado Principal e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora para que esta assumam a responsabilidade pela(s) cobertura(s) contratada(s).

3.24 Prêmio Global: é a soma das contribuições dos Segurados individuais, recolhida pelo Estipulante, e que devem ser repassadas à Seguradora.

3.25 Prestador de Serviços: Para fins deste instrumento, são atividades exercidas por profissionais não registrados conforme a CLT, que mantenham vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade.

3.26 Proponente: é a pessoa física cuja adesão ao seguro é solicitada, e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

3.27 Proposta de Adesão: é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Disposições Contratuais.

3.28 Proposta de Contratação: é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido, por meio do qual o Estipulante manifesta sua vontade de contratar o seguro em proveito dos componentes do Grupo Segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

3.29 Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e Cobertura(s) contratada(s), que não estão cobertos pelo presente seguro.

3.30 Segurado: é a pessoa física que mantém Vínculo com o Estipulante, regularmente incluída e aceita no seguro.

3.31 Segurado Dependente: é o Cônjuge e/ou Filho(s) do Segurado.

3.32 Seguradora: é a Ângelus Seguros, sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) Cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

3.33 Sinistro: é a ocorrência de um Evento Coberto garantido pela Seguradora e capaz de lhe acarretar obrigações pecuniárias.

3.34 Vínculo: é a relação de mesma natureza, anterior ao contrato de seguro, existente entre o Estipulante e determinado grupo de pessoas.

4. COBERTURAS

4.1 As coberturas deste Seguro dividem-se em básica, adicionais e suplementares, **sendo que o Seguro não pode ser contratado sem a cobertura básica.**

4.1.1 Cobertura Básica:

Morte: Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observadas as demais disposições contratuais e a legislação aplicável.

4.1.2. Coberturas Adicionais:

- a) Indenização Especial por Morte Acidental - IEA
- b) Invalidez Permanente por Acidente – IPA
- c) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas - DMHO
- d) Assistência Funeral - AF
- e) Cesta Básica – CB
- f) Desemprego Involuntário – DI
- g) Fratura Óssea por Acidente - FOA

4.1.3. Coberturas Suplementares:

- a) Inclusão de Cônjuges (IC)
- b) Inclusão de Filhos (IF).

4.1.3 A(s) Cobertura(s) contratada(s) será(ão) expressa(s) no Contrato, na Apólice e no Certificado Individual do Seguro.

4.2 Quando o Segurado tiver idade inferior a 14 (quatorze) anos, ele fará jus exclusivamente às coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, se contratadas. Em caso de morte, **esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral**, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4.3. Poderão ser contratadas, adicionalmente à Cobertura Básica, as Coberturas Adicionais e Suplementares, previstas no item 4.1.2 e 4.1.3 destas Condições Gerais.

4.4. O Estipulante deverá informar, na Proposta de Contratação, quais coberturas pretende contratar, sendo a básica obrigatória e as demais facultativas.

4.4.1. As coberturas contratadas estarão expressas na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e serão reguladas pelas respectivas Condições Gerais, Condições Especiais e no Contrato.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão EXCLUÍDOS de **todas as coberturas** deste seguro os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como da contaminação radioativa, ou da exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos humanitários em auxílio de outrem;
- c) doenças, acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- d) suicídio e suas tentativas, ocorrido nos dois primeiros anos contados da adesão do segurado ao seguro, ou do aumento do capital segurado quanto ao valor aumentado;
- e) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) prática, por parte do Segurado, dos beneficiários ou pelo representante de um e de outro, de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave, equiparável ao dolo;
 - f.1) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes;
- g) atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;
- h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;
- i) agravação intencional do risco por parte do Segurado e
- j) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo.

5.2. Além dos riscos mencionados no item 5.1 acima, estão também expressamente EXCLUÍDOS das coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Fratura Óssea por Acidente (FOA) os eventos decorrentes de:

- a) doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes de acidente coberto;
- c) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;
- d) parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- e) choque anafilático e suas consequências, salvo se o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;
- f) envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- g) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- h) acidentes ocorridos em consequência de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, em aeronaves não homologadas, experimentais, excetuando-se os casos de utilização de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
- j) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto e
- k) eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2 destas Condições Gerais.

5.3. Além dos riscos acima especificados, estão também excluídos os eventos expressamente mencionados nas Condições Especiais das coberturas adicionais eventualmente contratadas.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1 Este Seguro abrange eventos cobertos ocorridos em todo o território nacional brasileiro.

7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

7.1 O Contrato ou Proposta de Contratação, assinada obrigatoriamente pelo representante legal do Estipulante, deverá ser entregue à Seguradora.

7.2 As Condições Gerais completas deste Seguro acompanharão o Contrato ou Proposta de Contratação.

7.3 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.

7.4 A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar.

7.5 A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado, atualizado da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IGPM/FGV (Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice que vier a substituí-lo.

7.5.1 Durante o período compreendido entre a data da recepção do Prêmio Global, pago antecipadamente pelo Estipulante, até a data da formalização da recusa da Proposta de Contratação, haverá garantia pelo seguro.

7.6 Após aceitação da Proposta de Contratação a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro, em nome do Estipulante, com indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao Seguro contratado.

8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

8.1 As exigências para aceitação dos Proponentes serão estabelecidas contratualmente. A inclusão de possíveis segurados principais é feita por adesão ao Seguro, conforme especificado no Contrato de Seguro:

8.1.1 **Adesão compulsória**, quando o Seguro vier a abranger todo o grupo segurável; ou

8.1.2 **Adesão facultativa**, quando o Seguro vier a abranger somente os componentes do grupo segurável que desejarem ingressar na Apólice.

8.2 A inclusão individual deverá ser realizada mediante Proposta de Adesão. **As Condições Gerais deste Seguro deverão estar à disposição dos Segurados.**

8.2.1 **A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco** pela Seguradora.

8.3 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do Proponente no seguro.

8.3.1 A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, uma única vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto

no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais.

8.3.2 É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação, informação ao Proponente quanto à contratação de outros seguros com coberturas concomitantes.

8.3.3 Decorrido o prazo estipulado no item 8.3 sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.

8.3.4 Caso a Proposta de Adesão não seja aceita pela Seguradora, a recusa será comunicada por escrito e o respectivo Prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, devidamente atualizados pelo IGPM/FGV (Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice que venha a substituí-lo. Para atualização do prêmio será considerado o período desde a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio até a data da formalização da recusa. Neste período o proponente estará coberto pelo seguro.

8.3.5 A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do Prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da Proposta de Adesão, devendo-se observar, na hipótese de recusa da referida proposta, o disposto no item anterior.

8.4 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) Cobertura(s) contratada(s), se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.

8.4.1 A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a Garantia ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.

8.4.2 O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de Prêmio.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1 Vigência e Renovação da Apólice

9.1.1 O início de vigência da Apólice Coletiva será estabelecido no Contrato ou na Proposta de Adesão. No caso de Contrato, a vigência está condicionada ao recebimento, pela Seguradora, do referido Contrato, devidamente assinado pelo Estipulante sem qualquer modificação ao seu conteúdo.

9.1.1.1 O início e término de vigência do seguro será às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas, respectivamente, na Apólice, nos Certificados Individuais do Seguro e nos endossos.

9.1.2 O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente.

9.1.3 A Apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do final de vigência da Apólice.

9.1.3.1 A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

9.1.4 A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante, exclusivamente.

9.1.4.1 Na hipótese de alteração da Apólice que implique em ônus, dever ou redução dos direitos do Segurado, a renovação deverá ter anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

9.1.4.2 Caso a Seguradora não tenha a intenção de renovar o seguro, deverá avisar o Estipulante/Segurado com 60 (sessenta) dias de antecedência do final de vigência da Apólice.

9.2 Vigência dos Certificados Individuais

9.2.1 Obrigatoriamente a seguradora deverá emitir e enviar o certificado individual do seguro no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

9.2.2 O início de vigência do Certificado Individual, desde que o Proponente seja aceito no seguro, será estabelecido contratualmente e constará no Certificado Individual do Seguro.

9.2.3 Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

9.2.4 Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.

9.2.5 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

10. CARÊNCIA E FRANQUIA

10.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

10.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

10.3. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente, exceto para a hipótese de suicídio e sua tentativa ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos a contar da adesão do segurado ao Seguro.

10.4. O presente seguro não prevê a adoção de franquias, exceto para a Cobertura Adicional de Desemprego Involuntário – DI, conforme disposto nas respectivas Condições Especiais.

11. CUSTEIO DO SEGURO

11.1 Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:

- a) não contributivo: aquele em que os Segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao Estipulante;
- b) contributivo: aquele em que os Segurados pagam Prêmio, parcial ou totalmente.

12. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

12.1 É de responsabilidade do Estipulante, salvo disposições em contrário previstas contratualmente, a cobrança do Prêmio Individual e da quitação nas Apólices Coletivas, nos prazos contratuais das respectivas faturas de seguro emitidas pela Seguradora.

12.1.1 Os prêmios poderão ser pagos anualmente, semestralmente, quadrimestralmente, trimestralmente ou mensalmente. A periodicidade e a forma de pagamento dos Prêmios serão definidas contratualmente.

12.2 Quando a data limite para pagamento do Prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, a quitação do Prêmio poderá ser efetuada no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

12.3 Quando a forma de cobrança do Prêmio for a de desconto ou consignação em folha de pagamento, o Estipulante, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do Vínculo ou mediante pedido do Segurado por escrito.

12.4 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de Prêmio, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado.

12.5 É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

12.6 Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor será estabelecido no Contrato, no Certificado Individual do Seguro e na Proposta de Adesão.

12.7 Em caso de atraso no pagamento do Prêmio, incidirão sobre este os seguintes encargos: multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso, juros de 1% (um por cento) ao mês e a atualização monetária pela variação positiva do índice do IGPM/FGV (Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.

12.7.1 Em caso de extinção do IGPM/FGV, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de INPC/IBGE.

12.8 Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do Prêmio, independentemente do pagamento de parcelas subsequentes, o Estipulante será notificado para que regularize o(s) pagamento(s), no prazo máximo de 90 (noventa) dias, sob pena de cancelamento da Apólice.

12.8.1 No período de mora no pagamento do Prêmio, não haverá suspensão das Coberturas, sem prejuízo à cobrança dos Prêmios respectivos.

12.8.2 Após 90 (noventa) dias de atraso no pagamento de qualquer parcela de Prêmio, o seguro será automaticamente cancelado, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

12.9 Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os Prêmios custeados pelos Segurados, estes não podem ser prejudicados no direito à(s) Cobertura(s) contratada(s) do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento da(s) Indenização(ões) eventualmente devida(s), sem prejuízo da ação de cobrança por parte da Seguradora junto ao Estipulante.

13. CANCELAMENTO DA APÓLICE

13.1 A Apólice poderá ser cancelada automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

a) a qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quarto) do Grupo Segurado, respeitado o aviso prévio de 60 (sessenta) dias;

b) pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto no item 12.8.2 destas Condições Gerais;

c) na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários ou, no caso de pessoas jurídicas, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

13.2 No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverá ser observada a seguinte disposição:

a) a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

13.3 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

14. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

14.1 A cobertura de cada Segurado cessa:

14.1.1 Nas Apólices Coletivas com Vínculo prévio ao Seguro entre Estipulante e Segurado:

- a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 13;
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização;
- e) com a extinção do Vínculo entre o Segurado e o Estipulante, seja ou não este fato comunicado à Seguradora;
- f) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais.

14.1.2 Nas Apólices Coletivas com Vínculo exclusivamente relativo ao contrato de seguro entre Estipulante e Segurado:

- a) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 13;
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização;
- e) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais;
- f) quando o Segurado não pagar o Prêmio Individual, observado o disposto no item 12.8.2 destas Condições Gerais.

14.1.3 Para o Segurado Dependente, quando incluído no seguro:

- a) em qualquer das hipóteses previstas nos itens 14.1.1 e 14.1.2 acima;
- b) em caso de cessação da condição de Segurado Dependente, conforme estabelecem as respectivas Coberturas Suplementares de Inclusão de Cônjuge e/ou Filho(s), seja ou não comunicado este fato à Seguradora e independentemente da cobrança do Prêmio.

15. CAPITAL SEGURADO

15.1. O Capital Segurado de cada cobertura contratada constará a Proposta de Contratação, da Proposta de Adesão, da Apólice, e do Certificado Individual e do Contrato.

15.2. Para efeitos de apuração do valor a ser pago pela Seguradora em caso de sinistro, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.

15.2.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação de sinistro, para a cobertura básica, a data do falecimento.

15.2.2. Para as coberturas adicionais, a data do evento será fixada nas respectivas Condições Especiais.

16. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

16.1 O Capital Segurado, bem como o Prêmio deste Seguro, serão atualizados anualmente, no aniversário da apólice pela aplicação do percentual de variação positiva do IGPM/FGV (Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas). Será considerada a variação do índice nos 12 meses que antecedem aos três últimos meses de vigência da apólice.

16.1.1 Em caso de extinção do IGPM/FGV (Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas), a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

16.2 Alternativamente ao critério de atualização mencionado no item 16.1 acima, poderá se estabelecer ainda, o recálculo anual no aniversário da apólice, para adequação dos valores do Capital Segurado, assim como os respectivos prêmios, aos novos valores de salários ou provento do Segurado, ou outros fatores objetivos conforme definido em Contrato e necessariamente expressos na Condições Gerais, na apólice, nos Certificados e nas Propostas.

16.3 Nas Apólices coletivas, o Estipulante, ou nos Certificados individuais, o Segurado, poderão solicitar aumento espontâneo de Capital Segurado, que dependerá da aceitação da Seguradora.

17. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

17.1 O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade média atuarial dos componentes do Grupo Segurável.

17.2 A Seguradora anualmente, no aniversário da apólice, deverá recalculas as taxas do seguro, caso a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, de forma que o volume de sinistros pagos e avisados seja superior ao prêmio líquido arrecadado no mesmo período.

17.3 As modificações previstas no item 17.2 acima, se implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

18. BENEFICIÁRIO(S)

18.1 Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais.

18.1.1 Será considerada, em caso de Sinistro, a última indicação e/ou alteração de Beneficiário(s) feita pelo Segurado e recebida pela Seguradora antes do pagamento da Indenização. Caso a Seguradora não seja cientificada oportunamente da indicação e/ou alteração, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado na forma anterior.

18.2 A alteração só poderá ser efetuada se o Segurado não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação. Não será aceita designação ou substituição de Beneficiário(s) por meio de procuração.

18.3 Não havendo indicação de Beneficiário(s), a Indenização será paga de acordo com o que estabelece a lei.

19. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

19.1 Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo Estipulante, pelo Segurado, ou pelo(s) Beneficiário(s), logo que o saiba(m).

19.2 O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

20. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

20.1 Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada à Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.

20.2 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

20.3 O pagamento de qualquer Indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, relacionados nas respectivas Coberturas, observados os itens 20.6 e 20.6.1 destas Condições Gerais:

20.3.1 Para a análise do pagamento da Indenização deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente se houver.

Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);
- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

20.3.2 A relação de documentos necessários para a regulação de Sinistro está prevista em cada uma das respectivas Coberturas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.

20.4 Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

20.5 Independentemente dos documentos listados nas Coberturas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.

20.6 A documentação listada nas respectivas Coberturas não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida **fundada e justificável**, solicitar outros documentos que se façam necessários durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa elucidação.

20.6.1 Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 20.3 acima será suspenso, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

20.7 Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na variação positiva do IGPM/FGV (Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas), desde a data do Sinistro até a data do efetivo pagamento, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora. O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

20.7.1 Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento da Indenização serão de responsabilidade total da Seguradora.

20.8 A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

21. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

21.1 A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

21.2 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

21.2.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

21.2.2 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do profissional nomeado pelo Segurado.

22. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1 A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro se o Estipulante, Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio.

22.2 Sem prejuízo do previsto nos itens 8.4, 8.4.1 e 8.4.2., se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

22.2.1 Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a Garantia contratada.

22.2.2 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da Indenização:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) ou restringindo a Garantia contratada para riscos futuros.

22.2.3 Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da Indenização, cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.

22.3 O Segurado perderá o direito à Indenização para qualquer das Coberturas contratadas, ainda, pelas seguintes razões:

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a Indenização, ou ainda se o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o Sinistro;
- c) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à Garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato.

22.4 Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

22.5 Quando do recebimento do aviso de agravação do risco, a seguradora poderá dar ciência ao Segurador, por escrito, em até 15 (quinze) dias, da sua decisão de cancelar o seguro, ou mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível. Em sendo cancelado o seguro, respeitado o prazo de 30 (trinta) dias após a notificação, deverá ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

23. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

23.1 O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.

23.1.1 Qualquer modificação na Apólice vigente que implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

24. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais são, ainda, obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais (de acordo com as normas vigentes de Manutenção do Cadastro Pessoas Físicas e Pessoas Jurídicas bem como de aceitação do risco);
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do Prêmio no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar o Prêmio à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer Sinistro, ou expectativa de Sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de Sinistros;
- j) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

25. DO EXCEDENTE TÉCNICO

25.1 Poderá ocorrer a reversão de Excedente Técnico, conforme estabelecido no Contrato.

25.2 Poderá ser estabelecido no contrato um número médio mínimo de vidas ativas durante o período de apuração, a partir do qual haverá a reversão de Excedente Técnico.

25.3 Na hipótese de reversão, será considerado Excedente Técnico o saldo positivo (se houver), entre as receitas e as despesas.

25.4 As definições dos itens que compõe as receitas e despesas serão especificadas no contrato do seguro.

25.5 No caso de resultado positivo, a Seguradora repassará a título de Excedente Técnico ao Estipulante o percentual estabelecido no Contrato.

25.6 Respeitado o critério de apuração estabelecido nos itens anteriores, a reversão de Excedente Técnico ocorrerá após o 1º ano de Vigência da Apólice.

25.7 A distribuição de Excedente Técnico será realizada após o término de Vigência anual da Apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de Excedente Técnico.

25.8 Nos seguros parcial ou totalmente Contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, conforme estabelecido no Contrato.

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

26.1 A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante e/ou seu representante legal, dependerá de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas deste seguro.

27. TRIBUTO

27.1 Todo e qualquer tributo será recolhido conforme legislação em vigor. Eventual(is) alteração(ões) será(ão) automaticamente aplicada(s) ao Prêmio.

28. PRESCRIÇÃO

28.1 Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

29. FORO

29.1 Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente seguro.

30. DISPOSIÇÕES FINAIS

30.1 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

30.2 O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

30.3 O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

30.4 Este seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.

30.5 Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA)

1. COBERTURA

1.1 A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir, na forma a seguir indicada, o pagamento do respectivo Capital Segurado aos beneficiários do Segurado, no caso de ocorrer a morte deste, em consequência exclusiva de acidente coberto pelo seguro, observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.

2. DEFINIÇÕES

2.1 **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente EXCLUÍDOS desta Cobertura os eventos mencionados no item 5 das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado da cobertura básica e estará expresso na Apólice, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente.

4.3. Na hipótese de falecimento do Segurado após o pagamento da Cobertura de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, em decorrência do mesmo acidente, o valor da indenização ficará limitado à diferença entre a importância paga e o Capital Segurado previsto para a Cobertura de Indenização Especial por Morte Acidental.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 13 e 14 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Não havendo indicação de Beneficiário(s), apresentar ainda:

- declaração original assinada pelo Estipulante, formalizando que não houve designação de Beneficiário(s);
- declaração original assinada pelo(s) Beneficiário(s), com indicação do estado civil do Segurado por ocasião do falecimento, se eventualmente mantinha união estável e com quem, e quais os herdeiros legais deixados (listar todos).

Demais documentos para habilitação do(s) Beneficiário(s):

- cônjuge: cópia da Certidão de Casamento atualizada;
- companheiro(a): comprovação de união estável por ocasião do Sinistro;
- filho(s): cópia da Certidão de Nascimento, na ausência de RG e CPF.

Na hipótese de Beneficiários Pessoa Jurídica:

- cópia do Contrato Social e/ou estatuto com as respectivas atualizações;
- cópia do Cartão de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (CADEMP);

- cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência de cada um dos sócios e/ou diretores estatutários;
- cópia do Balanço Patrimonial;
- cópia do comprovante de endereço da empresa.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. COBERTURA

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2 Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma Indenização aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para referido órgão/membro na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente parcial ou total por Acidente e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente.

1.3 Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente, serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio e mínimo), a Indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.

1.4 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.

1.5 A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

1.6 Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.

2. DEFINIÇÕES

2.1 **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

2.2 Invalidez Permanente por Acidente: para fins desta Cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no item 7 desta Cobertura, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente EXCLUÍDOS desta Cobertura os eventos mencionados no item 5 das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado relativo a esta cobertura somente será reintegrado em caso de invalidez parcial. A reintegração se dará de forma automática após a ocorrência de cada evento coberto, e sem cobrança de prêmio adicional.

5.1.1. Em caso de invalidez total por acidente, não haverá reintegração do Capital Segurado relativo à cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e o Seguro será automaticamente cancelado.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1 As Indenizações decorrentes de eventos por morte e invalidez permanente por acidente, em quaisquer das Coberturas contratadas, não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por invalidez permanente por acidente, seja parcial ou total, ocorrer a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por Morte, se contratada esta cobertura.

7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100

	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quanto o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-sacro da coluna vertebral	25

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital
Parcial de Membros Superiores	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou de um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivale a 1/3 do valor do dedo respectivo.	

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital
Parcial de Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-Peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivale 1/2, e dos demais dedos, equivale a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	6
	- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital
Diversas	Mandíbula	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	5
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	Nariz	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Aparelho visual e anexos do olho	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	7
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra	
Ectrópio unilateral	3	
Ectrópio bilateral	6	
Entrópio unilateral	7	

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ptose palpebral bilateral	10
	Aparelho da fonação	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Sistema auditivo	
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelhas	16

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital
	Perda do baço	15
	Aparelho Urinário	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência Urinária permanente	30
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de um único	75
	Aparelho Genital e Reprodutor	
	Perda de um testículo	5
	Perda de dois testículos	15
Diversas	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	5
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Pescoço	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	Tórax	
	Aparelho respiratório	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)	
	Com função respiratória preservada	15

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	com redução em grau médio da função respiratória	50
	com insuficiência respiratória	75

Invalidez Permanente	Discriminação	% Sobre o Capital
Diversas	Mamas (femininas)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	Abdomem (orgão e vísceras)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	Intestino delgado	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	Intestino grosso	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colestomia definitiva	40
	Reto e Anus	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	Fígado	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Síndromes Neurológicas	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	5	

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

8.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

9.1 Além das hipóteses previstas nos itens 13 e 14 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

9.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

10.2. Além dos documentos listados no item 10.1 acima, deve ser apresentado relatório do médico assistente, com firma reconhecida, informando:

- Diagnóstico
- Alta definitiva
- Tratamento usado
- Grau de invalidez
- Reconhecimento do estado de invalidez permanente total ou parcial

10.3 A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)

1. COBERTURA

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o reembolso, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, incorridas a critério e sob orientação médica, necessárias ao restabelecimento do Segurado, realizadas em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2 As Indenizações previstas nesta Cobertura serão devidas quando o Acidente Pessoal ocorrer dentro do período de vigência do seguro contratado e desde que o tratamento seja iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do Acidente Pessoal.

1.3 Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente EXCLUÍDOS desta Cobertura os eventos mencionados no item 5 das Condições Gerais.

3.2. Não estão abrangidas na cobertura de DMHO as despesas decorrentes de:

I – estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes.

II – aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nos itens 13 e 14 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1 Possuindo o Segurado mais de um contrato de seguro, nesta ou em outra Seguradora e que garanta o reembolso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual, em cada Cobertura, à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada Cobertura em todas as apólices em vigor na data da ocorrência do acidente.

8.2 A Seguradora poderá estabelecer acordos ou convênios com os prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos para que o Segurado possa ter acesso ao serviço médico sem a necessidade de desembolso do valor. Porém, a utilização ou não destes prestadores conveniados deve ficar a critério exclusivo do Segurado.

8.3 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e do comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- cópia do Laudo da Perícia Técnica realizado no local do acidente, se houver; • radiografias e/ou resultados dos exames realizados;
- notas fiscais e recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas. No caso de retenção das Notas Fiscais originais pela Seguradora garantidora do seguro obrigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas

cópias autenticadas das Notas Fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado a título de primeiro risco através do DPVAT;

- cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando tratar-se de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL (AF)

1. COBERTURA

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral ou a disponibilização dos serviços de Assistência Funeral, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2 O eventual reembolso será efetuado diretamente ao responsável pelo pagamento das despesas com funeral, mediante comprovação por meio da apresentação de notas fiscais originais.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1 As Disposições Contratuais estabelecerão os itens cobertos para a prestação dos serviços de Assistência Funeral, que serão executados exclusivamente por uma rede de prestadores de serviços.

2.2 A opção pela prestação de serviços de Assistência Funeral faz cessar o direito a qualquer reembolso ou Indenização de quaisquer despesas.

2.3 A rede de prestadores de serviço credenciada poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora.

2.4 O meio de traslado do corpo será decidido pela prestadora de serviços. Havendo discordância do meio escolhido, a prestadora de serviços somente arcará com o valor que gastaria pelo meio escolhido por ela.

2.5 Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Neste caso, o responsável pelo pagamento das despesas com funeral terá direito ao reembolso das despesas, até o limite estabelecido contratualmente para esta Cobertura, se a cobertura for devida.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos mencionados no item 5 das Condições Gerais, estão expressamente EXCLUÍDAS desta Cobertura Adicional as despesas decorrentes de:

- a) roupas em geral;
- b) anúncio em rádio ou jornal;

- c) missa de 7º (sétimo) dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
- d) xerox da documentação;
- e) café, bebidas e refeições em geral;
- f) compra de Jazigo;
- g) confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
- h) lápides e/ou gravações;
- i) cruzeiros;
- j) reforma em geral no jazigo;
- k) exumação de corpo em jazigo da família;
- l) custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
- m) necromaquiagem;
- n) as técnicas de preservação (tanatopraxia e embalsamamento), somente terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, deduzindo esta despesa do padrão desta assistência;
- o) qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral ou não previstas nesta Cobertura, ou superiores ao Capital Segurado contratado.

3.2 Caso a opção seja pela prestação de serviços de assistência funeral, não serão reembolsadas quaisquer despesas providenciadas diretamente pela família e não autorizadas pela prestadora de serviços, mesmo que indicadas inicialmente como cobertas pela presente assistência.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do Segurado.

5. CARENCIA

5.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual.

5.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

5.3 Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais cobertos, exceto para a hipótese de suicídio ocorrido nos dois primeiros anos a contar da adesão do Segurado ao seguro.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nos itens 13 e 14 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o pagamento da indenização em caso de falecimento do Segurado.

8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1 Se a opção for pela prestação de serviços, os familiares deverão entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento 24 horas, em chamada gratuita, conforme mencionado contratualmente, fornecendo todas as informações necessárias para a definição do serviço a ser prestado.

8.2 O pagamento do Capital Segurado relativo à presente Cobertura não caracteriza a obrigação da Seguradora de pagar o Capital Segurado estabelecido para quaisquer outras Coberturas eventualmente contratadas.

8.3 Se a opção for pelo reembolso das despesas com funeral, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- notas fiscais e recibos originais das despesas com funeral;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;

- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA (CB)

1. COBERTURA

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s), o pagamento de Indenização, em decorrência de morte do segurado, a título de auxílio-alimentação, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2 Esta Cobertura somente será devida se caracterizada a Cobertura de Morte.

1.3 O pagamento da indenização ao beneficiário será efetuado em espécie, podendo optar ainda pelo pagamento da indenização dentre as opções a seguir:

- a) por intermédio de fornecimento de cesta(s) de alimentos;
- b) pelo crédito em cartão magnético.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições Gerais deste seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente EXCLUÍDOS desta Cobertura os eventos mencionados no item 5 das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

5.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a Garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

6.1.1 Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;

c) com o pagamento da indenização em caso de falecimento do Segurado.

7. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE ENTREGA DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS

7.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for entrega de cestas de alimentos, estas serão entregues ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, de acordo com o valor referencial e periodicidade estabelecidos contratualmente.

7.1.1 O valor referencial abrangerá a seguinte composição: gêneros alimentícios e embalagem para transporte. O frete para entrega da cesta básica não fará parte do valor referencial.

7.2 A composição da cesta de alimentos poderá ser alterada em consequência da oferta de mercado e/ou oscilações de preço. Por este motivo, os itens poderão ser substituídos em quantidade ou marca e/ou excluídos para manter o limite referencial de valor.

7.2.1 As cestas de alimentos serão entregues pela prestadora de serviços credenciada na data e local indicados pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

7.2.2 Não haverá reembolso por produtos adquiridos diretamente pelo(s) Beneficiário(s).

8. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DE CRÉDITO EM CARTÃO MAGNÉTICO

8.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização por intermédio de crédito em cartão magnético destinado para tal fim, a Seguradora ou prestador de serviços por ela autorizado fornecerá cartão magnético e senha para utilização nos estabelecimentos credenciados.

8.2 Os créditos serão efetuados nos valores e periodicidade estabelecidos contratualmente.

9. DESCRIÇÃO DO FORNECIMENTO DE CESTA POR MEIO DO PAGAMENTO EM ESPÉCIE

9.1 Em caso de Evento Coberto, se a opção for pelo pagamento da Indenização em espécie, para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;

- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. COBERTURA

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado por parte do empregador, não motivada por justa causa, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. ELEGIBILIDADE

2.1 Somente serão considerados elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, sujeito exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do Contrato de Trabalho para o atual empregador.

2.1.1 Para recebimento da Indenização, além do requisito do subitem 2.1. acima, o Segurado deverá permanecer na condição de desempregado pelo período de 90 (noventa) dias correspondentes à Franquia, bem como pelo período adicional estabelecido contratualmente, correspondente ao número de parcelas indenizáveis.

2.1.2 O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

2.2 Após um evento de desemprego involuntário indenizado, o Segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à Indenização de um segundo evento de desemprego involuntário.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) pedido de demissão pelo empregado;
- b) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
- c) acordo entre empregado e empregador;
- d) dispensa do empregado por justa causa;
- e) jubilação, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
- f) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extra judicial do empregador;
- g) prestação de Serviço Militar;
- h) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de

pessoal no prazo de seis meses contado a partir do primeiro Sinistro avisado e de um mesmo Estipulante;

i) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);

j) dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista.

k) segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme item 2.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.1.1 O valor máximo de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas indenizáveis, serão estabelecidos no Contrato do Seguro e no Certificado Individual do Seguro.

4.2 Para fins desta cobertura, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no subitem 2.2. acima.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1 Para o Segurado:

a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. FRANQUIA

8.1. É de até 90 (noventa) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer 31 dias após a data da demissão) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; (*)
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Autorização de Movimento do Fundo de Cobertura por Tempo de Serviço (FGTS).

(*) Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE FRATURA OSSEA POR ACIDENTE (FOA)

1. COBERTURA

1.1 Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado, o pagamento de uma indenização calculada de acordo com os percentuais indicados na Tabela de Fraturas Cobertas, no Item 8, aplicados sobre o valor do capital segurado definido para esta cobertura, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais

1.2 A fratura de ossos, deve estar relacionada exclusivamente à ocorrência de acidente pessoal que não seja considerado risco excluído, e desde que, ocorrido durante o período de vigência do seguro.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Para fins desta cobertura, define-se como:

- a) fratura completa: ocorre quando a fratura se dá em toda superfície do osso, ficando o mesmo dividido em duas partes distintas;
- b) fratura incompleta: ocorre quando a fratura acomete apenas parte da superfície óssea ficando os segmentos ainda unidos;
- c) fratura cominutiva: mais de uma fratura ocorrida no mesmo osso;
- d) fratura exposta: ocorre quando os tecidos moles subjacentes foram rompidos, expondo a fratura ao ambiente exterior;
- e) fratura de Colles: fratura no osso rádio ao nível do punho; e
- f) fratura dos dedos: no mínimo de três dedos, das mãos ou dos pés, sofridas pelo segurado em um mesmo evento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos descritos nas Condições Gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a fratura de ossos ocorrer em consequência de:

- a) osteoporose (porosidade no osso causada por diminuição progressiva da densidade óssea);
- b) fraturas patológicas, entendidas como aquelas nas quais o osso é fraturado em uma área enfraquecida por uma doença, por um grau de esforço que teria deixado intacto o osso normal, tal como tumor ósseo, metástase de tumores e doenças do metabolismo ósseo (osteoporose);
- c) acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo que deu causa à fratura de ossos;
- d) acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- e) quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;
- f) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;
- g) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares

Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

h) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa;

i) fratura de osso com doença antes do início da cobertura do seguro; e

j) eventos que não se incluem no conceito de acidente pessoal, conforme definido nas Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1 A garantia compreendida por esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da apólice ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta Cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA

7.1 Além das hipóteses previstas nos itens 13 e 14 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

7.1.1 Para o Segurado:

a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

8. INDENIZAÇÃO

8.1 O valor da indenização será calculado sobre o valor do capital segurado definido na apólice, de acordo com os percentuais indicados na Tabela de Lesões Cobertas abaixo:

Cobertura por Fratura Óssea	% do Capita Segurado
Vértebra Cervical	100
Quadril ou Pelve ou Bacia	80
Crânio	53
Fêmur, Calcâneo, Úmero	40

Cobertura por Fratura Óssea	% do Capita Segurado
Tornozelo, Perna, Cotovelo, Punho (ossos do carpo)	27
Pescoço	25
Vértebra Torácica ou Lombar (cada)	20
Oso esterno, patela (rótula)	13
Mão (metacarpos, exceto dedos e ossos do carpo)	11
Pés (exceto calcâneo e dedos do pé), Cóccix	10
Face ou Nariz (exceto Crânio e Maxilar)	4
Costelas (cada)	3
Dedos da Mão e do pé (cada)	1

9. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1 Para o análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados (a radiografia deve ser tirada quando o osso estiver fraturado, antes da consolidação);
- Relatório detalhado do médico atestando a fratura, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, as circunstâncias, as consequências do acidente sofrido, bem como o tratamento prescrito.
- cópia da Ficha de Registro do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)

1. COBERTURA

1.1 Esta Cobertura Suplementar, desde que contratada, garante ao Segurado, uma Indenização em caso de falecimento do Cônjuge do Segurado, ou ainda na ocorrência de algum do(s) demais Evento(s) Coberto(s) previsto(s) na(s) Cobertura(s) contratada(s) pelo Segurado em favor de seu Cônjuge, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura Suplementar, das Condições Gerais, da(s) Cobertura(s) eventualmente contratada(s) e as demais Disposições Contratuais.

1.2 Não poderá participar desta Cobertura Suplementar, o cônjuge que faça parte do Grupo Segurado como Segurado, ainda que tenha pago o Prêmio, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

1.3 Esta Cobertura Suplementar somente poderá ser contratada, se for extensiva da(s) Cobertura(s) contratada(s) para o Segurado, respeitadas as conjugações estabelecidas contratualmente.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Cônjuge: é a(o) esposa(o) do Segurado(a). A(o) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

3. COBERTURAS EXTENSÍVEIS AO CÔNJUGE

3.1 Todas as coberturas deste plano de seguro poderão ser contratadas para o Cônjuge. As coberturas serão informadas contratualmente obedecendo obrigatoriamente as mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nas respectivas Coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao Cônjuge.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos desta Cobertura Suplementar de Cônjuge todos os riscos definidos como excluídos das Coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, aplicáveis ao Segurado.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1 Somente poderão participar do seguro os Cônjuges que obedeçam às regras de aceitação definidas nesta Cobertura, nas Condições Gerais, na(s) Cobertura(s) contratada(s) e demais Disposições Contratuais.

6. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

6.1 A garantia para Cônjuge poderá ser:

a) automática: quando estarão cobertos automaticamente todos os Cônjuges dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.

b) facultativa: quando serão incluídos os Cônjuges dos Segurados que se manifestarem para a adesão individual e, desde que aceitos previamente pela Seguradora.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1 O Capital Segurado para esta Cobertura Suplementar será equivalente a um percentual do Capital Segurado estabelecido contratualmente para o Segurado, em cada uma da(s) respectivas Cobertura(s) contratada(s).

7.1.1 O Capital Segurado e Coberturas contratadas serão estabelecidas contratualmente, sendo que o Capital Segurado para o Cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para o Segurado, na(s) respectiva(s) Cobertura(s) contratadas.

7.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, as mesmas datas estabelecidas nas respectivas Coberturas contratadas para o Segurado.

8. BENEFICIÁRIO(S)

8.1 Na hipótese da contratação de Coberturas decorrentes do falecimento do Cônjuge, seja por causas naturais ou acidentais, a Indenização será paga ao Segurado. Em caso de Coberturas que não estejam relacionadas à sua morte, a Indenização, quando cabível, será ao próprio cônjuge.

9. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

9.1 Início de vigência da Cobertura Suplementar

9.1.1 A(s) respectiva(s) Cobertura(s) contratada(s) para o Cônjuge começa(m) a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada(s) após entrada em vigor da(s) cobertura(s) do Segurado.

9.2 Início de vigência dos riscos individuais

9.2.1 Desde que atendidas as premissas indicadas no item 9.1.1 acima, a garantia dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar:

a) na forma automática: a partir da caracterização da condição de Cônjuge de acordo com o item 2.1 acima.

b) na forma facultativa: na data da inclusão do Cônjuge, desde que aceito previamente pela Seguradora.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

10.1 Além das hipóteses previstas nos itens 13 e 14 das Condições Gerais, e no item “CESSAÇÃO DESTA COBERTURA” de cada uma das Coberturas contratadas para o Cônjuge, a(s) garantia(s) do risco a que se refere(m) esta Cobertura Suplementar cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da Apólice Coletiva, das Coberturas contratadas ou da presente Cobertura Suplementar.

10.1.1 Cessação da cobertura individual

- a) com a cessação da condição de Cônjuge, seja ou não comunicado este fato   Seguradora e independentemente da cobrança de Prêmio;
- b) quando o Segurado solicitar a exclusão de seu Cônjuge, exclusivamente na hipótese de adesão facultativa;
- c) com o falecimento do Cônjuge, exclusivamente na hipótese de adesão facultativa.

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, deverão ser apresentados, além dos documentos básicos relacionados na(s) Cobertura(s) eventualmente contratada(s), a comprovação da condição de Cônjuge, por meio de:

- Certidão de Casamento atualizada; ou
- Provas de união estável.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)

1. COBERTURA

1.1 Esta Cobertura Suplementar, desde que contratada, garante ao Segurado, uma Indenização em caso de falecimento do(s) o(s) Filho(s) do Segurado, ou ainda na ocorrência de algum do(s) demais Evento(s) Coberto(s) previsto(s) na(s) Cobertura(s) contratada(s) pelo Segurado em favor de seu(s) Filho(s), exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura Suplementar, das Condições Gerais, da(s) Cobertura(s) eventualmente contratada(s) e as demais Disposições Contratuais.

1.2 Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo Grupo Segurado, os Filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado para efeito desta Cobertura Suplementar.

1.3 Esta Cobertura Suplementar somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Suplementar de Cônjuge e Cobertura de Morte exceto se houver Disposição Contratual em contrário e se for extensiva da(s) Cobertura(s) contratada(s) para o Segurado, respeitadas as conjugações estabelecidas contratualmente.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Filho(s): para efeito desta Cobertura Suplementar é(são) o(s) filho(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do Segurado conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto sobre a Renda - IRPF, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

3. COBERTURAS EXTENSÍVEIS AO(S) FILHO(S)

3.1 Somente as coberturas relacionadas no item 3.1.1. abaixo poderão ser contratadas para o(s) Filho(s) e serão informadas contratualmente, obedecendo as mesmas disposições estabelecidas para o Segurado nestas Condições Gerais e nas respectivas Coberturas, eventualmente contratadas, observadas as limitações de Capital Segurado e idade, e eventuais regras aplicáveis exclusivamente ao(s) Filhos(s).

3.1.1 As coberturas a seguir são extensíveis ao(s) Filho(s):

- Morte (M)
- Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO)

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos desta Cobertura Suplementar de Filho(s) todos os riscos definidos como excluídos das Coberturas contratadas, e das exclusões apresentadas no conceito de Acidente Pessoal, aplicáveis ao Segurado.

5. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

5.1 A garantia para filhos poderá ser:

- a) automática: quando estarão cobertos automaticamente todos os filhos dos respectivos Segurados, sem necessidade de adesão individual e desde que respeitados os limites de idade e eventuais restrições estabelecidas contratualmente.
- b) facultativa: quando serão incluídos os filhos dos Segurados que se manifestarem para a adesão individual e, desde que aceitos previamente pela Seguradora.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1 O Capital Segurado para esta Cobertura Suplementar será equivalente a um percentual do Capital Segurado estabelecido contratualmente para o Segurado, em cada uma da(s) respectivas Cobertura(s) contratada(s).

6.2 O Capital Segurado e Coberturas contratadas, serão estabelecidas contratualmente, sendo que o Capital Segurado para o(s) Filho(s) não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para o Segurado, na(s) respectiva(s) Cobertura(s) contratadas.

6.3 Para os Filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta Cobertura Suplementar, independentemente do Capital Segurado, se limita ao reembolso das despesas com funeral e desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

6.4 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, as mesmas datas estabelecidas nas respectivas Coberturas contratadas para o Segurado.

7. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

7.1 Na hipótese da contratação das Coberturas decorrentes de falecimento do segurado, seja por causas naturais ou acidentais, a Indenização será paga ao Segurado. Em caso de Coberturas que não estejam relacionadas à sua morte, a Indenização, quando cabível, será ao(s) próprio(s) Filhos(s).

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

8.1 Início de vigência da Cobertura Suplementar

8.1.1 A(s) respectiva(s) Cobertura(s) contratadas para o(s) Filho(s) começa(m) a vigorar simultaneamente com o início da vigência do Segurado, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando contratada(s) após entrada em vigor da(s) cobertura(s) do Segurado.

8.2 Início de vigência dos riscos individuais

8.2.1 Desde que atendidas as premissas indicadas no item 8.1.1 acima, a garantia dos riscos individuais previstos no seguro começará a vigorar a partir da caracterização da condição de Filho(s) de acordo com o item 2.1 acima.

9. CESSAÇÃO DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR

9.1 Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, e no item “CESSAÇÃO DESTA COBERTURA” de cada uma das Coberturas contratadas para o(s) Filho(s), a(s) garantia(s) do risco a que se refere(m) esta Cobertura Suplementar cessa(m) simultaneamente com o cancelamento da Apólice Coletiva, das Coberturas contratadas ou da presente Cobertura Suplementar e/ou da Cobertura Suplementar de Cônjuge, observado o disposto no item 1.3 acima.

9.2 A cobertura individual cessa em caso de extinção da condição de Filho(s) definida no item 2.1 acima.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 20, deverão ser apresentados, além dos documentos básicos relacionados na(s) Cobertura(s) eventualmente contratada(s), a comprovação da condição de Filho, por meio de:

- Cópia da Certidão de Nascimento ou RG (carteira de identidade) e
- CPF (Cadastro de Pessoa Física).

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1 Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.